様式第２号（第４条関係）

造血幹細胞移植後予防接種の要否に関する意見書

○対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 |  | 造血幹細胞移植日 |  |

○予防接種スケジュール

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 対象疾病 | ワクチンの種類 | 実施（予定）年月　注１・注２ | | |
| １回目 | ２回目 | ３回目 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| この対象者は、造血幹細胞移植後の医療において、上記のとおり予防接種を受ける必要があることを認めます。  なお、このスケジュールは、現時点での対象者の状態を診て判断したものであり、今後の対象者の状態によっては、接種時期を変更し、又は接種を中止することが望ましい場合があります。  　　　　　　年　　月　　日  医療機関の所在地及び名称    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師の氏名      　（医師の氏名にあっては、署名又は記名・押印） | | | | | |

注１　この意見書を記載する時点で当該予防接種を行っている場合は、「実施（予定）年月」の欄において「Ｒ６.４済」のように記載してください。

２　「実施（予定）年月」の欄においては、特定の年月を記載するほか「Ｒ６.１１～Ｒ７.１」のように期間で表記することができます。

３　４種混合ワクチン及び５種混合ワクチンは、薬事承認上、小児（１５歳未満）を接種対象としており、１５歳未満の方が南アルプス市による支援の対象となります。

４　ヒブワクチンは、予防接種法における長期療養特例の上限年齢を準用し、１０歳未満の方が南アルプス市による支援の対象となります。